



TRABAJO DE FIN DE GRADO

**CUIDADOS A LA
FAMILIA DEL
PACIENTE EN ESTADO
CRÍTICO**

REVISIÓN NARRATIVA

**THE CARE PROVIDED TO THE
CRITICALLY ILL PATIENTS' FAMILY**

LITERATURE REVIEW

Zaida Escudero Huertas

Grado en Enfermería

Universidad Autónoma de Madrid

Facultad de Medicina

Tutora: M^a Lourdes Casillas Santana

Madrid, mayo de 2018

Agradecimientos

Gracias a todas las personas que han hecho posible este trabajo. A Lourdes, por guiarme y aconsejarme durante todo el proceso, y a mis padres, por la paciencia y el apoyo durante todo el camino.

Índice

| | |
|---|-------|
| Resumen | p. 1 |
| Abstract | p. 2 |
| 1. Introducción | p. 3 |
| 1.1. Antecedentes | p. 5 |
| 1.2. Estado actual de la cuestión | p. 6 |
| 1.3. Justificación | p. 8 |
| 1.4. Objetivo del estudio | p. 9 |
| 2. Material y método | p. 9 |
| 2.1. Tipo de estudio | p. 9 |
| 2.2. Búsqueda bibliográfica | p. 9 |
| 2.3. Metodología de la búsqueda | p. 10 |
| 2.4. Estrategia de búsqueda | p. 11 |
| 3. Resultados y Discusión | p. 17 |
| 3.1. Necesidades percibidas de las familias de los pacientes en estado crítico | p. 17 |
| 3.2. Opinión de los profesionales sobre el cuidado de la familia del paciente crítico | p. 22 |
| 3.3. Actividades enfermeras encaminadas a cubrir las necesidades de la familia | p. 25 |
| 4. Limitaciones del trabajo | p. 27 |
| 5. Conclusiones | p. 28 |
| 6. Bibliografía | p. 30 |
| 7. Anexos | p. 37 |

Índice de Tablas

| | |
|---|--------------|
| Tabla 1: Términos utilizados para la búsqueda. | p. 10 |
| Tabla 2: Resultados de búsqueda en PubMed | p. 12 |
| Tabla 3: Resultados de búsqueda en PubMed | p. 12 |
| Tabla 4: Resultados de búsqueda en CINAHL | p. 13, p. 14 |
| Tabla 5: Resultados de búsqueda en Web Of Science | p. 15 |
| Tabla 6: Resultados de búsqueda en SciELO. | p. 15, p. 16 |
| Tabla 7: Resultados de búsqueda en Cuiden | p. 16 |

Resumen

Introducción

La entrada de un paciente en una unidad hospitalaria produce una serie de cambios en el sistema familiar que alteran su dinámica, más aún si se encuentra en estado crítico, ya que muestra alteraciones emocionales por la gravedad de la situación o la separación de sus seres queridos.

Objetivo

Conocer cuáles son los cuidados brindados a la familia del paciente en estado crítico en unidades de UCI Médicas y Urgencias hospitalarias.

Material y Método

Revisión narrativa en las bases de datos PubMed, CINAHL, Web Of Science, SciELO y Cuiden con las palabras clave unidas por el operador booleano AND Unidad de Cuidados Intensivos, enfermeras, familia, cuidado, urgencias y las palabras pediátrico, paliativos, niño y neonatal unidos por NOT.

Resultados

Se analizan 24 artículos en los cuales existe la necesidad de explorar las necesidades de la familia del paciente crítico. La necesidad más importante se encuentra que es la de comunicación, tanto en el ingreso como en situaciones críticas como la resucitación cardiopulmonar y el delirio en la UCI y en el Servicio de Urgencias.

Conclusiones

Es necesaria la formación de los profesionales en materia de comunicación para poder atender las demandas de la familia en situaciones de salud críticas en las unidades mencionadas. La familia debe ser considerada una aliada en el cuidado del paciente crítico, para ello los profesionales deben formar a las familias en el cuidado de su ser querido, lo cual supone cubrir las necesidades percibidas de estas.

Abstract

Introduction

The patient's hospitalization produces a variety of changes in the familiar system that modify its dynamics, even more if the patient's condition is critical, therefore it appears to have emotional disturbances because of the seriousness of the situation or the distance with the loved ones.

Objective

To know which is the care given to the critically ill patient's family in the Medical Intensive Care Unit and in the Emergency Department.

Material and Method

Literature review in the databases PubMed, CINAHL, Web Of Science, SciELO and Cuiden with the words Intensive Care Unit, nurses, family, care and emergency unit by the Boolean operator AND and the words pediatric/paediatric, palliative, child and neonatal unit by NOT.

Results

24 Articles have been analysed to find out that there is a necessity to explore the needs of the critically ill patient's family. The most important need found is "communication", as much in the admission as in the critical situations such as resuscitation and delirium in the MICU and in the Emergency Department.

Conclusions

The professional's formation remains necessary in subject of communication to attend the demands of the family in critical health situations in the units previously explained. The family must be considered as an allied in the critically ill patient's care, in order to this, the professionals must educate the family in their loved one care, which means to cover the perceived needs of them.

1. Introducción

La RAE define **paciente** como “*persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica*” (1) y **crítico** como “*muy difícil o de mucha gravedad*” (1). En cuanto a la definición de **urgencia**, afirma que “*sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos*” (1) donde se pone en peligro la integridad física, pero también existen otras definiciones de urgencia en las cuales se hace referencia al deterioro de la salud o la vida de un paciente en un espacio reducido de tiempo (2). Una **emergencia**, o urgencia vital, es una situación súbita que compromete la vida del paciente y que, de no tratarse con rapidez, lleva al fallecimiento (3).

El concepto ‘**familia**’ ha sido tratado por numerosos autores en el ámbito sanitario, pero su definición nada tiene que ver con el mismo, y ha sido descrita como un grupo funcional cuyas funciones psicosociales incluyen el desempeño de roles cuyas acciones abarcan desde tareas de la casa hasta brindar apoyo material y emocional (4). En este contexto, es necesario mencionar la propuesta por el equipo de Choi et. al sobre la definición de ‘**cuidador**’ donde exponen que es “*la persona que brinda la mayor parte del apoyo emocional, financiero y físico al paciente* (5).”

La entrada de un paciente en una unidad hospitalaria produce una serie de cambios en el sistema familiar que alteran su dinámica, más aún si se encuentra en estado crítico, ya que muestra alteraciones emocionales por la gravedad de la situación o la separación de sus seres queridos. Cuanto más cercana sea la relación entre los familiares y el paciente, mayor es la ansiedad que sufren ambos, es por ello que la familia no debe ser apartada del plan de cuidados, sino que ha de comprender lo que sucede y los profesionales de Enfermería debemos fomentar la tranquilidad y seguridad que favorezcan la adaptación al suceso (6).

Si entendemos la familia como sistema, según la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy (7), un sistema complejo, un grupo primario en el que dos o más partes están interrelacionadas, son interdependientes y se incluyen dentro de un supersistema. Dicho sistema está compuesto por entradas (*input*), proceso (*through-put*), salidas (*output*), retroalimentación (*feedback*) y el ambiente o medio. Las entradas representan a toda la

información que entra al sistema, como pueden ser personas, dinero, material, información, etc. Durante el proceso, se activan unos mecanismos que transforman las entradas para generar salidas, que son el resultado de dicho proceso de transformación, las cuales pueden volver a entrar al sistema como entradas y retroalimentarse. Todo lo que rodea al sistema es el ambiente o medio, en este caso la Unidad de Cuidados Intensivos (8).

En una situación crítica existen unas entradas (*input*) del entorno que hacen que el sistema se reajuste y aporte al entorno unas salidas (*outputs*). No es la suma de las partes, es el todo; cada individuo que pertenezca a este sistema sufrirá los efectos de cualquier cambio sobre el resto (8).

Los sistemas, en este caso la familia, tiene un carácter dinámico, susceptible de cambio y con capacidad de autocontrol (8). Por lo tanto, la familia tiende a la homeostasis; si hay un cambio dentro de él, tiende a regularse, pero para ello la familia sufre un proceso de adaptación donde las intervenciones de cuidados enfermeras tienen su objetivo. Si imaginamos una pirámide humana con base en el suelo, podemos pensar que, si uno pierde el equilibrio, el resto puede caer, moverse (dinamismo) o bien sujetarle para volver a tener equilibrio (homeostasis), pero es una acción que repercutirá sobre la pirámide entera, al igual que sucede con el sistema familiar (8).

En una Unidad de Cuidados Intensivos donde se ofrece una asistencia multidisciplinar, se atienden pacientes que, para su recuperación requieren soporte respiratorio (básico o avanzado) con o sin soporte de órganos o sistemas (9). En este contexto, el sistema familiar sufre un cambio en su estructura, ya que uno de los miembros deja de ejercer su función, por lo tanto, se halla en la necesidad de reajustarse. Para ello se requiere un plan de cuidados de Enfermería en el cual las intervenciones estarán dirigidas no solo al paciente como persona, sino al conjunto familiar. De igual forma sucede en el contexto de una urgencia o emergencia, la familia, independientemente de la gravedad del suceso, es separada de su familiar, el cual está en estado crítico. De forma habitual es informada al finalizar las intervenciones o, al menos, parte de ellas, tras estabilizar al paciente; lo cual genera una sensación de pérdida de autocontrol que lleva a un desajuste en el sistema si no hay ningún profesional que frene el proceso. La relación terapéutica del binomio enfermera-familia favorece la protección de la familia frente a efectos psicológicos negativos, situando a la familia en un entorno de cuidado sin connotaciones negativas (10).

1.1 Antecedentes

La historia de los servicios médicos de urgencias se remonta a la actividad del ejército de Napoleón, donde la logística y la asistencia sanitaria eran destacables para la época. Posteriormente, en los años 60, se llevaba a cabo una asistencia inicial de los heridos en los conflictos bélicos por parte del personal militar, pero si se analiza la actividad de las órdenes religiosas desde el siglo XI hasta el XVI se puede observar que ofrecen servicios sanitarios tanto en la calle como en los lugares de culto (11).

Sin embargo, no es hasta el siglo XX cuando se empiezan a estudiar las necesidades de la familia del paciente crítico en estudios como el de Molter, analizado por Zaforteza et al. (12,13) para conocer cuáles no han sido cubiertas y poder darles solución mediante actividades enfermeras. Cabe señalar que, a pesar de que la familia presenta un mayor registro de sufrimiento cuando uno de sus familiares está en estado crítico, hasta entonces no eran considerados como centro del cuidado. Con suerte, eran atendidos por voluntarios del hospital, presentando angustia debido al entorno hostil y la situación límite a los cuales se enfrentan (12,13).

Por ello y de forma casi rutinaria, la UCI ha tenido acceso restringido a los familiares, ya que favorecía la labor de los profesionales, el cuidado del paciente crítico, y podían entorpecer la labor profesional, distorsionar los cuidados y causar efectos físicos y psicológicos adversos y amenazar la privacidad. Esta restricción comienza a finales de 1800 como forma de ordenar las salas; para ello, se pedía a las familias de los pacientes ingresados en la sala común, que no les visitaran. En la década de 1960 en los Estados Unidos de América y, en pro de favorecer el descanso de los pacientes causado por demasiados visitantes, se estipuló un horario de visitas para los familiares y amigos, hubiesen pagado tasas o no. Esta visión restrictiva de la UCI conllevaba, además, tres aspectos que las enfermeras y los médicos intensivistas consideraban negativos sobre las visitas. El primer aspecto hace referencia al aumento de estrés psicológico del paciente, el segundo a la interferencia en el cuidado y el tercero al agotamiento físico y mental de la familia y amigos (14-16).

A partir de 1990, en España se produce un cambio en la política de visitas, flexibilizando así los horarios; no obstante, la mayoría de estudios que recogen la opinión de los

profesionales ponen de manifiesto la reticencia de los mismos para llevar a cabo las visitas en un horario sin restricciones, alegando barreras estructurales, aumento de la ansiedad familiar debido a los procedimientos invasivos e impedimentos para llevar a cabo la labor de cuidado. Aunque ya desde 1979 se nos alertaba de la necesidad de incluir a la familia en el plan de cuidados, alegando, además que son en sí, una parte fundamental de los pacientes (17,18).

1.2 Estado actual de la cuestión

Actualmente, la visión del beneficio nulo de las visitas a los pacientes críticos sigue presente en algunos de los profesionales que trabajan con la responsabilidad de su cuidado. En contraposición, la literatura empírica afirma que la presencia de familiares y amigos tranquiliza al paciente y que le supone un aporte de estímulos sensoriales conocidos en un ambiente hostil (16). Debido a esta situación de contraposición de opiniones, donde algunos profesionales aún están a favor de las visitas restringidas a la UCI, se elabora un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (2016-2019) para favorecer la interrelación de la familia con el paciente hospitalizado en estado crítico (14), aspecto ya tratado con anterioridad en las UCI Pediátrica y Neonatal, donde se considera indispensable la figura de los progenitores. A pesar de la existencia de evidencia científica que manifieste la necesidad de abrir las puertas de la UCI para mayor beneficio de los pacientes y familiares, predomina aún la cultura de la restricción de visitas en el contexto español. En esta misma línea, se pone de manifiesto que, para cambiar la concepción de los profesionales y conseguir abrir las puertas de la UCI, se deben analizar cuáles son los motivos por los que no se evoluciona en esta cuestión, las opiniones de profesionales, familiares y pacientes, y las barreras que impiden que esta cuestión se lleve a cabo en todas las UCIs. En España, hay tan solo 5 UCIs con horario abierto 24 horas, las 13 unidades restantes tienen horario restringido, permitiendo un máximo de dos familiares por visita (19).

No son pocos los autores que han tratado, además de las visitas al paciente crítico, la presencia de los familiares durante los procedimientos invasivos como la resucitación cardiopulmonar (RCP). En un estudio cualitativo publicado en enero de 2018, Twibell et al. (20) analizan los factores psicosociales familiares que favorecen o perjudican que tanto enfermeras como médicos aprueben su presencia durante la RCP, como son los que

afirman que la familia puede interferir en los esfuerzos de resucitación, la incapacidad de tomar decisiones en el contexto de una resucitación debido al desconocimiento de la misma, etc. Concluyen que los médicos centran su actividad en el paciente y las enfermeras abarcaban a su vez a la familia y al equipo de salud, por lo que estos muestran más reticencia a la presencia de la familia (20).

No son los únicos que abogan por la presencia de la familia, admitiendo que este hecho fortalece las relaciones familiares y empodera a la familia para recuperar la homeostasis, además de resaltar que los miembros de la familia, que han estado presentes previamente, desean volver a estar al lado de su ser querido en los procedimientos invasivos como la RCP; aunque algunos estudios revelan la necesidad de que exista un enlace en los procedimientos de emergencia que mantenga a la familia informada para que comprendan el esfuerzo del equipo de salud y les ayude a afrontar la situación. A pesar de que no todos los profesionales estén de acuerdo en ello, si existe ese enlace, la presencia es vista como algo positivo ya que la familia puede brindar información crucial y participar en la toma de decisiones. Pero no son la familia y los profesionales quienes únicamente tienen la palabra de decidir estar presente o no, sino los propios pacientes, los cuales desean la presencia de su familia en procedimientos invasivos (21,22).

Por tanto, es de vital importancia conocer cuáles son las necesidades de las familias del paciente crítico, para ello se trabaja con una herramienta que comenzó a tomar fuerza en la década de 1980, el CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*).

Cuatro años atrás, se publica una tesis sobre la importancia de la familia del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos donde se define un cuestionario sobre las necesidades de dichas familias llamado CCFNI, pero no es hasta 1983 cuando se expone la versión definitiva del mismo (23) y constituye actualmente la base de muchos otros cuestionarios creados a partir del mismo con el fin de conocer cuáles son las necesidades reales de los familiares del paciente en estado crítico. Este cuestionario consta de 45 ítems valorados en una escala tipo Likert de menor a mayor importancia (1 siendo la menor y 4 siendo la mayor) donde la puntuación mínima es 45 y la máxima 180. Está organizado en cinco apartados: información, proximidad, apoyo, confort y seguridad; con ellos se pretende, mediante los ítems, conocer las necesidades percibidas por las familias.

Actualmente existen también cuestionarios como el *Needs Met Inventory* (NMI) de Warren (23), el cual se utiliza para medir las necesidades cubiertas de las familias en la UCI, el cual posee 45 ítems, y la versión breve el CCFNI de Harvey, posteriormente validada por Johnson et al. (23), que reduce de 45 a 14 los ítems a puntuar. La decisión

del uso de uno u otro depende del tiempo del que los profesionales dispongan y de si desean observar solamente las necesidades satisfechas o también las insatisfechas, ya que los tres han sido validados. Hay numerosas versiones del CCFNI adaptadas a diferentes idiomas, validadas en diferentes grupos de población, por lo que lo coherentes sería utilizar una u otra en función de la población de estudio.

1.3 Justificación

Durante años han sido numerosos los autores que han decidido tratar en sus estudios al paciente crítico, centrándose en sus necesidades, sus cuidados y su recuperación, pero ¿qué hay de la familia? Cuando un paciente ingresa en estado crítico queda alejado de su núcleo primario, el cual le proporciona seguridad, confort y bienestar.

No es hasta finales del siglo XX cuando se comienzan a estudiar las necesidades de la familia, poniendo en marcha el CCFNI, comenzando a publicarse estudios que destacan la necesidad de que permanezcan al lado del paciente crítico y se les incluya en el plan de cuidados. Ya en 1984, Daley (24) expone que se desatienden las necesidades psicológicas para dar respuesta a las físicas, priorizando el cuidado biológico, siendo un aspecto que sigue presente hoy en día; coincidiendo con Zaforteza et al. en que el entorno que rodea a un paciente crítico está muy medicalizado con alta tecnología, lo que relega a un segundo plano las necesidades emocionales (12,13).

Aún queda mucho camino por recorrer, pero cada vez más se van asentando las bases del cuidado a la familia que presencia cómo su ser querido se aleja de su lado.

En España existen actualmente 258 Unidades de Cuidados Intensivos que albergan, en total, a 3.363 pacientes críticos (25) y tan solo el 3,8% de ellas cuenta con horario abierto 24 horas (25). ¿Qué sucede con el 96,2% de unidades restantes? Las familias quedan excluidas del cuidado del paciente, permanecen durante las horas de visita a su lado y el resto del día lo tienen que pasar lejos de su familiar; por ello se creó el Proyecto HUCI (26), para la humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos, el cual defiende la ampliación y flexibilización del horario de visita ya que a las familias les genera ansiedad y estrés el hecho de tener a un ser querido en una UCI. De igual forma, en el Servicio de Urgencias se ha creado el Proyecto HURGE (26), cuyo propósito es igualmente humanizar el cuidado en esta unidad, facilitando la accesibilidad y permitiendo el acompañamiento de los pacientes.

Debido a la creación de estos dos proyectos, es necesario conocer si las medidas se están implantando, ya que la familia es la base de ambos, ya que son parte intrínseca del paciente.

1.4 Objetivos

Objetivo principal

Conocer cuáles son los cuidados brindados a la familia del paciente en estado crítico en unidades de UCI Médicas y Urgencias hospitalarias.

Objetivos secundarios

- Conocer las necesidades percibidas de las familias de los pacientes en estado crítico en unidades de UCI Médica y Urgencias hospitalarias.
- Exponer la opinión de los profesionales sobre la presencia de la familia del paciente crítico.
- Describir las actividades llevadas a cabo para cubrir las necesidades de la familia.

2. Material y método

2.1 Tipo de estudio

Para alcanzar los objetivos del estudio se llevará a cabo una revisión narrativa de la mejor evidencia científica en las principales bases de datos de ciencias de la salud sobre los cuidados que se brindan a la familia del paciente en estado crítico en unidades de UCI y Urgencias hospitalarias.

2.2 Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos electrónicas, tanto sitios Web como revistas en formato digital, las cuales son:

- PubMed
- CINAHL
- Web Of Science
- SciELO
- Cuiden

2.3 Metodología de la búsqueda

Para definir la consulta, los términos en lenguaje libre utilizados fueron los detallados en la Tabla 1 con su equivalencia en dos idiomas:

| CASTELLANO | INGLÉS |
|--|----------------------|
| Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) | Intensive Care Unit |
| Enfermeras | Nurses |
| Familia | Family |
| Cuidado | Care |
| Urgencias | Emergency |
| Pediátrico/a | Pediatric/Paediatric |
| Paliativos | Palliative |
| Niño/a | Child |
| Neonatal | Neonatal |

*Tabla 1: Términos utilizados para la búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Los términos fueron utilizados en inglés en todas las bases de datos excepto en Cuiden, donde se utilizaron en castellano. Para la formación de la estrategia de búsqueda se utilizaron los operadores booleanos AND y NOT.

AND fue utilizado para abarcar todos los artículos relacionados estrictamente cuidados intensivos o urgencias, enfermeras, familia y cuidado y NOT fue utilizado para excluir los términos pediátrico/a, paliativos, niño/a y neonatal. Los filtros a utilizar para limitar la búsqueda fueron: fecha de publicación 2013-2018, idiomas inglés, castellano y portugués, edad adulta, especie humana y acceso al resumen, y se usaron en función de las posibilidades de cada base

No se discriminaron estudios por su tipología, por lo que los resultados finales incluyeron artículos tanto cuantitativos como cualitativos.

Para la selección de los estudios se impusieron criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión

- Artículos con acceso al texto completo.
- Artículos con idioma de redacción castellano o inglés.
- Artículos sobre personas adultas (> 19 años).
- Artículos sobre pacientes en estado crítico.

- Artículos que contengan información sobre Unidades de Cuidados Intensivos únicamente Médicas.
- Artículos que contengan información sobre Unidades de Urgencias hospitalarias.
- Artículos que traten únicamente sobre humanos.
- **Criterios de exclusión**
 - Artículos que no estén redactados en inglés, castellano y/o portugués como idioma.
 - Artículos del año 2012 y anteriores.
 - Artículos que traten sobre unidades pediátricas.
 - Artículos que no tengan acceso al texto completo.
 - Artículos que traten sobre el paciente crítico post-quirúrgico.
 - Artículos que contengan información sobre Unidades de Cuidados Intensivos Coronarios.
 - Artículos que traten sobre los cuidados paliativos y oncológicos en las Unidades de Cuidados Intensivos.
 - Artículos que traten sobre asistencia pre o extrahospitalaria.
 - Artículos que traten sobre los cuidados de limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos.

2.4 Estrategia de búsqueda

En la base de datos **PubMed** se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica utilizando, en lenguaje controlado, los términos MeSH:

- *Intensive Care Units* haciendo referencia a las Unidades de Cuidados Intensivos
- *Nurs** utilizado para hacer referencia a todos los artículos que contengan dicha raíz, ya que el truncamiento del término *nurses* o *nursing* impide la visualización de todos los artículos del campo de Enfermería, de este modo se amplía la búsqueda.
- *Progressive Patient Care* para hacer referencia al cuidado del paciente en cada ámbito de cuidado, en este caso un paciente en estado crítico al unirlo con el primer término MeSH.
- *Family* para abarcar los estudios relacionados con la unidad familiar.

Estos términos se unieron por el operador booleano *AND* y se impusieron los siguientes filtros: acceso al *abstract* o resumen, fecha de publicación entre los años 2013 y 2018, idiomas de redacción castellano, inglés y portugués y humanos como especie (Tabla 2).

| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Lenguaje controlado) | ARTÍCULOS OBTENIDOS DE LA BÚSQUEDA | ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS TÍTULO Y RESUMEN |
|---|---|--|
| ((Intensive Care Units) AND Nurs*) AND Progressive Patient Care) AND Family | 4 | 2 |
| ((Emergencies) AND Nurs*) AND Progressive Patient Care) AND Family | 1 | 0 |
| ((Emergency Nursing) AND Nurs*) AND Progressive Patient Care) AND Family | 2 | 0 |
| ((Emergency Service AND Nurs*) AND Progressive Patient Care) AND Family | 4 | 0 |

*Tabla 2: Resultados de búsqueda en PubMed. Fuente: elaboración propia.

Debido al silencio documental que se crea en relación a las búsquedas con lenguaje controlado, se procede a realizar las mismas búsquedas con lenguaje libre, como se detalla en la Tabla 3.

| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Lenguaje libre) | ARTÍCULOS OBTENIDOS DE LA BÚSQUEDA | ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS TÍTULO Y RESUMEN |
|---|---|--|
| ((Intensive Care Unit) AND nurs*) AND care) AND family | 917 | - |
| ((Intensive Care Unit) AND nurs*) AND care) AND family) NOT palliative) NOT pediatric | 589 | 30 |
| ((emergency) AND nurs*) AND care) AND family | 587 | - |
| ((emergency) AND nurs*) AND care) AND family) NOT palliative) NOT pediatric | 423 | 14 |
| TOTAL | 2516 | 44 |

*Tabla 3: Resultados de búsqueda en PubMed. Fuente: elaboración propia.

El resultado obtenido en PubMed en todas las búsquedas es de 2516 artículos de los cuales, tras leer el título y el resumen, se seleccionan para una lectura completa 44.

Otra de las bases de datos consultadas es **CINAHL**, donde la búsqueda avanzada se realizó con los descriptores que se detallan en la siguiente tabla (Tabla 4). Como filtro adicional a los prefijados se añade Tema: Título Principal como específico de CINAHL.

| Opción de filtro Tema: Título Principal | ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Lenguaje libre) | ARTÍCULOS OBTENIDOS DE LA BÚSQUEDA | ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS TÍTULO Y RESUMEN |
|--|---|------------------------------------|---|
| Intensive Care Units | intensive care unit AND nurs* AND care AND family NOT palliative NOT pediatric NOT paediatric NOT child | 88 | 6 |
| Critical Care Nursing | intensive care unit AND nurs* AND care AND family NOT palliative NOT pediatric NOT paediatric NOT child | 129 | 10 |
| Critical Care | intensive care unit AND nurs* AND care AND family NOT palliative NOT pediatric NOT paediatric NOT child | 62 | 1 |
| Family | intensive care unit AND nurs* AND care AND family NOT palliative NOT pediatric NOT paediatric NOT child | 90 | 4 |
| Family centered care | intensive care unit AND nurs* AND care AND family NOT palliative NOT pediatric NOT paediatric NOT child | 38 | 0 |
| Emergency service | (emergency room OR emergency department OR emergency service) AND (nurs OR nurse OR nursing OR nurses) AND (care) AND (family) NOT (child) NOT (pediatric) NOT (paediatric) NOT (palliative) | 39 | 3 |

*Tabla 4: Resultados de búsqueda en CINAHL. Fuente: elaboración propia.

*Tabla 4 cont..

| Opción de filtro Tema: Título Principal | ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Lenguaje libre) | ARTÍCULOS OBTENIDOS DE LA BÚSQUEDA | ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS TÍTULO Y RESUMEN |
|--|--|---|--|
| Emergency care | (emergency room OR emergency department OR emergency service) AND (nurs OR nurse OR nursing OR nurses) AND (care) AND (family) NOT (child) NOT (pediatric) NOT (paediatric) NOT (palliative) | 26 | 2 |
| Emergency nursing | (emergency room OR emergency department OR emergency service) AND (nurs OR nurse OR nursing OR nurses) AND (care) AND (family) NOT (child) NOT (pediatric) NOT (paediatric) NOT (palliative) | 31 | 2 |
| Family | (emergency room OR emergency department OR emergency service) AND (nurs OR nurse OR nursing OR nurses) AND (care) AND (family) NOT (child) NOT (pediatric) NOT (paediatric) NOT (palliative) | 16 | 4 |
| Family centered care | (emergency room OR emergency department OR emergency service) AND (nurs OR nurse OR nursing OR nurses) AND (care) AND (family) NOT (child) NOT (pediatric) NOT (paediatric) NOT (palliative) | 3 | 1 |
| TOTAL | | 522 | 33 |

El resultado obtenido en CINAHL en todas las búsquedas es de 522 artículos de los cuales tras leer el título y el resumen se seleccionan para una lectura completa 33.

En investigación, otra de las bases de datos que cobra importancia es **Web Of Science**, donde se realizó una búsqueda básica con los términos expuestos a continuación y aplicando, además de los prefijados, los filtros específicos de esta base de dato: tipo de artículo *Article* y *Review* y áreas de investigación *Critical Care Medicine*, *Nursing* y *Family Studies* (Tabla 5).

| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Lenguaje libre) | ARTÍCULOS OBTENIDOS DE LA BÚSQUEDA | ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS TÍTULO Y RESUMEN |
|--|---|--|
| (intensive care unit) AND (nurs*) AND (care) AND (family) | 949 | - |
| (intensive care unit) AND (nurs*) AND (care) AND (family) NOT (pediatric) NOT (neonatal) NOT (palliative) NOT (paediatric) NOT (child) | 373 | 29 |
| (emergency) AND (nurs*) AND (care) AND (family) NOT (pediatric) NOT (neonatal) NOT (palliative) NOT (paediatric) NOT (child) | 135 | 21 |
| TOTAL | 1457 | 50 |

*Tabla 5: resultados de búsqueda en Web Of Science. Fuente: elaboración propia.

El resultado obtenido en Web Of Science en todas las búsquedas es de 1457 artículos de los cuales, tras leer el título y el resumen, se seleccionan para una lectura completa 50.

En la biblioteca virtual **SciELO** se realizó una búsqueda que se detalla en la Tabla 6.

| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Lenguaje libre) | ARTÍCULOS OBTENIDOS DE LA BÚSQUEDA | ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS TÍTULO Y RESUMEN |
|---|---|--|
| (intensive care unit) AND (nurs*) AND (care) AND (family) | 62 | - |
| (intensive care unit) AND (nurs*) AND (care) AND (family) NOT (pediatric) NOT (neonatal) NOT (palliative) | 48 | 9 |

*Tabla 6: resultados de búsqueda en SciELO. Fuente: elaboración propia.

*Tabla 6 cont.

| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Lenguaje libre) | ARTÍCULOS OBTENIDOS DE LA BÚSQUEDA | ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS TÍTULO Y RESUMEN |
|--|---------------------------------------|---|
| (emergency) AND (nurs*) AND (care) AND (family) NOT (pediatric) NOT (neonatal) NOT (palliative) | 30 | 4 |
| TOTAL | 140 | 13 |

El resultado obtenido en SciELO en todas las búsquedas es de 140 artículos de los cuales, tras leer el título y el resumen, se seleccionan para una lectura completa 13.

En **Cuiden** se utilizaron los términos descritos, pero en idioma castellano. En la Tabla 7 se detalla la estrategia de búsqueda y los artículos seleccionados para su lectura.

| ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (Lenguaje controlado) | ARTÍCULOS OBTENIDOS DE LA BÚSQUEDA | ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS TÍTULO Y RESUMEN |
|---|--|---|
| [res= UCI] and [res= enfermera] and [res= cuidado] and [res= familia] | 321 | 19 |
| [res= urgencias] and [res= enfermera] and [res= cuidado] and [res= familia] | 29 | 2 |
| TOTAL | 350 | 21 |

*Tabla 7: resultados de búsqueda en Cuiden. Fuente: elaboración propia.

El resultado obtenido en Cuiden en todas las búsquedas es de 350 artículos de los cuales, tras leer el título y el resumen, se seleccionan para una lectura completa 22.

El **total** de artículos que han sido seleccionados para su posterior lectura es de 164. Tras la lectura del título, se concluye que 41 artículos se repiten en dos o más bases de datos, por lo que la suma total de artículos seleccionados para su lectura completa es de **109**.

Tras su lectura, y aplicando los criterios inclusión y exclusión, son **23** los artículos finalmente seleccionados para llevar a cabo la revisión.

3. Resultados y Discusión

Se han seleccionado 23 artículos, de los cuales 10 son estudios cuantitativos, 7 son revisiones narrativas y 6 son estudios cualitativos. De ellos, 6 están redactados en castellano, 1 en portugués y los 16 restantes en inglés.

Para analizar los artículos se han creado diferentes temáticas que pretenden dar respuesta a los objetivos específicos para poder resolver la pregunta que da lugar al objetivo principal, ¿cuáles son los cuidados brindados a la familia del paciente crítico en las Unidades de Cuidados Intensivos Médicas y las Urgencias hospitalarias?

3.1 Necesidades percibidas de las familias de los pacientes en estado crítico

Mediante la herramienta CCFNI (23), muchos son los autores que han querido indagar sobre las necesidades de la familia del paciente crítico, encontrando las necesidades percibidas por la familia ordenadas de mayor a menor importancia para estas.

La diferencia principal se da cuando los pacientes en estado crítico pertenecen a una Unidad de Urgencias o a una Unidad de Cuidados Intensivos Médicos (UCI en adelante). Respecto a las necesidades de las familias descritas por Bandari et al. (27), en primera posición se encuentran las relacionadas con la **seguridad**, como pueden ser los ítems referentes a recibir respuestas honestas o asegurarse de que su familiar va a tener el mejor cuidado posible; le siguen las necesidades de **proximidad**, de estar con el paciente o en una sala de espera cercana y de **información**, como puede ser el saber exactamente qué se le hace al paciente. Seguidamente encontramos ítems sobre **apoyo** de los profesionales, como el tener directrices sobre qué hacer en relación con el cuidado del paciente y, por último, encontramos el **confort**, como cambiar horarios de visita en situaciones especiales. En la misma línea otros estudios como el de Al-Mutair et al. (28) donde los resultados muestran que la necesidad de seguridad es la más percibida por las familias, pero la segunda en este caso es la de información y la tercera la de proximidad, cambiando los puestos con el estudio anterior, al igual que las necesidades de confort y apoyo, que cambian sus puestos.

Achury Beltrán (29) afirma en su estudio sobre las visitas a las unidades de cuidados intensivos que las necesidades familiares más importantes son proximidad, seguridad e información, coincidiendo con los dos autores anteriores y que podrían satisfacerse mediante una flexibilización en el horario de visita.

Zaforteza et al. en el estudio de Aliberch et al. (24) exponen que las necesidades familiares más importantes para la familia son las de información, seguridad y proximidad, reseñando que la necesidad de proximidad es la que da sentido al rol de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que la cercanía alivia el estrés, tanto del paciente como de la familia (24), lo cual disminuiría también aumentando el horario de visitas, como cita anteriormente Achury Beltrán (29).

Entre las diez necesidades más importantes para las familias según Padilla Fortunatti (30) se encuentran las pertenecientes a las dimensiones de seguridad e información, mencionando que las de confort y apoyo no se encuentran entre las más puntuadas. Estas necesidades se reflejan en ítems como “recibir respuestas sinceras” o “asegurarse de que el mejor cuidado se le brindará al paciente”. En este estudio, Padilla afirma que las familias actúan como intervinientes de los pacientes, defendiendo sus derechos y aceptando la responsabilidad de decidir sobre su cuidado, esto explicaría por qué las necesidades más importantes son seguridad e información, ya que implican directamente la responsabilidad del familiar sobre su ser querido (30).

Teniendo en cuenta que una de las necesidades percibidas más importantes es la de la comunicación, Bautista et al. (31) analizan la comunicación con los profesionales, concretamente de enfermería, concluyendo que estas explican los procedimientos utilizando un lenguaje claro y sencillo, pero que hay ocasiones en las que empatizan poco con la familia y no exploran su estado emocional, lo cual les genera un sentimiento de abandono que conlleva más ansiedad. Además, la comunicación no siempre es mediante la palabra, los gestos o acciones que las enfermeras llevan a cabo pueden favorecer que los familiares sepan que también son cuidados. Coinciden con esta perspectiva Beer y Brysiewicz (32), alegando que la necesidad más importante es la información, la necesidad de saber, saber qué se le va a hacer al paciente, saber cómo actuar a pie de cama en un entorno lleno de retos como lo es la UCI. Los familiares necesitan información clara, concisa y directa para orientarles, para situarles en el contexto del proceso de hospitalización y del pronóstico; también para hacerles sentir que tienen control sobre la situación y, de esta forma, poder brindarle a su ser querido el mejor apoyo posible. Seguidamente identifican la necesidad de seguridad, de estar cerca del paciente, de asegurarse de que su dignidad se mantiene intacta; para ello solicitan estar a pie de cama, pero eso no sucede 24 horas, sino que los familiares sienten que esta necesidad no es cubierta ya que pasan mucho tiempo alejados de su lado, preocupados por el apoyo psicológico que se le brindará al paciente. En tercer lugar, resaltan la necesidad de apoyo

emocional, el cual era provisto en numerosas ocasiones de unos familiares de un paciente a otro, al encontrarse en situaciones similares en un ambiente hostil para ambos, compartiendo una situación mantenida en el tiempo donde el contacto es mayor (32).

Esta necesidad de apoyo es compartida por los familiares participantes en el estudio de Mendonça et al. (33) donde destacan que, en el horario de visitas, las enfermeras no hablaban con ellos, sino que se sentían excluidos; ellas se dedicaban al cuidado únicamente del paciente, a pesar de ser la información una de las necesidades percibidas más importantes para brindar un cuidado humanizado (33).

Existen muchas barreras en cuanto a la relación terapéutica en el binomio enfermera – familia, comenzando por la comunicación, donde la primera es responsable de mantener una actitud cercana, evitando el distanciamiento, para mantener al familiar informado sobre su ser querido en el contexto de una situación vital súbita y de pronóstico grave (33).

Estas barreras se pueden romper mediante la participación de la familia en los cuidados de la UCI, lo cual no implica un cuidado físico directo, también puede ser un apoyo emocional cercano o la posibilidad de influir o tener responsabilidades en cuanto a las decisiones de cuidado, como exponen Blom et al. (34), ya que el familiar puede sentirse bien solamente con estar a pie de cama, haciendo compañía. Si esta compañía les falta, les genera estrés ya que no son conocedores de los cuidados que recibirá su ser querido y terminan por desconfiar de los profesionales enfermeros. Los familiares tienen un rol claro, el cual ejercen defendiendo los intereses del paciente, ya que comprenden mejor qué necesidades están siendo cubiertas y cuáles no; pero para ello es necesario que exista una relación con los profesionales, de tal forma que haya una comunicación fluida entre las dos partes para poder cuidar del paciente y, a su vez, de la familia (34).

En cuanto al contexto de Urgencias Hospitalarias encontramos poca bibliografía que tratase sobre las necesidades de la familia en el contexto del Servicio de Urgencias. A pesar de ello hay autores como Hsiao et al. (35) que exponen que las necesidades percibidas por la familia en este Servicio son las de información o comunicación, seguidas de proximidad y, por último, las de apoyo. Estas últimas, como también exponen Botes y Langley (36), son las que menos puntuación obtuvieron, a pesar de que el confort emocional es un buen método para conseguir la tranquilidad de las familias. Estas autoras coinciden con Hsiao et al. (35) en que las necesidades de información fueron las que más puntuación en el CCFNI obtuvieron, pero resaltando que esta comunicación las familias

la puntuaban como necesidad de hablar con la enfermera, aún más que con el médico, la cual podía darles explicaciones con términos comprensibles para ellos y de forma continuada (36), coincidiendo con la aportación de Prachar et al. al estudio de Bandari et al. (27) que afirma que la familia del paciente crítico, en este caso en una UCI, prefiere comunicarse con la enfermera.

Por lo tanto, esta comunicación no tiene que darse únicamente cuando la situación clínica del paciente empeore, sino que tiene que existir una comunicación fluida para que la familia pueda obtener respuestas a todas sus dudas y conocer el estado del paciente (35). Si bien es cierto que, a la entrada de un paciente crítico al Servicio de Urgencias, la prioridad máxima es estabilizarle, pero no se debe olvidar que es importante que la familia permanezca a su lado, ya que es una necesidad manifiesta muy importante que, de no ser cubierta, produce desconfianza en el cuidado y agrava los sentimientos negativos (35). Esta permisión de proximidad de la familia produce un sentimiento de satisfacción con el cuidado cuando las unidades tienen políticas de puertas abiertas (36).

Debido a la diversidad de situaciones de salud críticas, es necesario explorar cada contexto familiar de forma individualizada, pero si atendemos a las cifras de incidencia de algunos sucesos encontrados en la búsqueda bibliográfica, explorándolos podremos dar solución a las necesidades familiares que estos crean. Existen situaciones de salud en el contexto de los pacientes críticos que les hace vulnerables y podrían ser solucionadas gracias a una mayor implicación familiar (37,38, 39).

En el entorno de los cuidados críticos, el 80% de los pacientes sufre delirio, una condición de instauración rápida, la cual se manifiesta de forma fluctuante a lo largo del día, impidiendo a los pacientes focalizar la atención o produciéndoles alteraciones en la percepción, entre otras consecuencias y su causa está relacionada con el estado clínico (37,38). Para paliar esta situación, las enfermeras de las UCI cuidan el estado cognitivo y perceptivo del paciente mediante intervenciones con eficacia demostrada (disminución de un 16% en la incidencia del delirio (37) como la musicoterapia o la presencia de objetos familiares para el paciente, puede abrir la puerta a recuerdos que ayuden a mitigar el delirio; pero el aumento de la carga de trabajo de estas obliga a atender otros patrones de salud más prioritarios desde el punto de vista médico (37,38).

Desde esta perspectiva, la familia desea tener empoderamiento para poder llevar a cabo las intervenciones por ellos mismos, ya que, en momentos de alta carga de trabajo, no se

llevan a cabo. Esto disminuiría su estrés, pero para ello necesitan orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo, resaltando la necesidad de comunicación con los profesionales sanitarios de la Unidad. La comunicación, remarcan Smithburger et al. (39), debe ser forma clara y concisa, aportando información sobre lo que se espera alcanzar con este tipo de intervenciones, acentuando la necesidad de una comunicación con la enfermera, que es quien más tiempo pasa con el paciente.

Otro de los eventos encontrados de forma mayoritaria en la literatura es la presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar (PFDR en adelante). Un 22% de los artículos analizados ensalza la presencia de la familia en estos sucesos (31,40,41,42,46). De forma contraria a los resultados encontrados sobre la exploración de las necesidades familiares que era mayoritaria en la UCI, sobre la PFDR solo encontramos artículos que exploren las necesidades de la familia en estos sucesos en el Servicio de Urgencias (31,40,41,42,46).

Durante la PFDR, las familias presentan, al igual que en otros contextos como la UCI donde su familiar se encuentra en estado crítico, necesidades que hay que cubrir; estas son principalmente las relacionadas con los apartados información, proximidad y apoyo, resaltando la comunicación efectiva con los profesionales de salud (40). Las familias consideran un derecho estar presentes durante dichos esfuerzos de reanimación, para satisfacer sus necesidades, mayoritariamente la de información, al no estar separados del paciente esperando noticias. Si está sintiendo dolor, si los puede oír o saber que están presentes son las preguntas que más necesitan ser respondidas hacia la familia en estas situaciones y, para ello, es necesario el apoyo de un profesional que les guíe durante su presencia, un enlace entre el equipo asistencial y la familia que les ayude a afrontar la situación y el duelo de forma más rápida. Una figura que cubra su necesidad de información respondiendo a sus preguntas y la de proximidad manteniéndose a su lado y al del paciente, proporcionando apoyo emocional y explicando los procedimientos (41,42).

La familia presenta también la necesidad de seguridad, de confiar en el equipo de salud, de saber que el mejor cuidado está garantizado, sobre todo en momentos críticos, en especial cuando se trata de ponerle fin a la reanimación. Si la familia está presente, son conscientes de que no se pueden hacer nada más por salvar la vida del paciente, han podido observarlo, lo cual les genera tranquilidad y confianza en el equipo; de no ser así, siempre les queda la duda de si se hizo todo lo posible por reanimarle (41).

3.2 Opinión de los profesionales sobre el cuidado de la familia del paciente crítico

El cuidado a la familia del paciente crítico no siempre implica actividades directas sobre la familia, sino también sobre el entorno, que favorezcan que la familia sienta que es importante y está siendo cuidada. Los profesionales tienen diferentes opiniones en función del Servicio donde estén ubicados, ya que la forma de trabajo difiere mucho dependiendo del tipo de paciente crítico (estable o inestable) y de la situación familiar (conoce el estado del familiar y lo ocurrido o no).

En el Servicio de Cuidados Intensivos, según Ayllón et al. (17), el 71,9% de los profesionales opinan que abrir sus puertas y permitir un horario más flexible es beneficioso tanto para el paciente como para la familia; pero, a pesar de este dato, la mayoría muestran una actitud evasiva a la hora de poner en marcha la propuesta.

Los profesionales defienden que permitir la entrada a las familias supone una carga de trabajo extra para ellos que puede repercutir en la provisión de cuidados al paciente y vulnerar la intimidad tanto de pacientes como de profesionales (17). Coincidiendo con la opinión de la alta carga de trabajo, Montenegro et al. (43) manifiestan que, a pesar de ello, las enfermeras opinan que es un entorno beneficioso para el paciente, que aporta información clínica relevante para mejorar sus cuidados.

Montenegro et al. (43) también plantean que aumenta su ánimo el que la familia esté a su lado durante más tiempo y disminuya la ansiedad de esta, coincidiendo con Ayllón et al. (17), los cuales exponen que el 62,7% de los profesionales opinan que esta visita tranquiliza al paciente y aumenta la satisfacción de la familia. Por otro lado, exponen que el 45,3% creen que la familia dificulta el descanso, lo que repercute sobre su estado de salud (17), al contrario que Montenegro et al. (43) que refieren un aumento en el deseo de vivir del paciente, sin alterar su estado hemodinámico.

Existen opiniones contradictorias, aunque las más antagónicas están relacionadas con el burnout y con los sentimientos de autoprotección. Montenegro et al. (43), refieren que el aumento del burnout produce un aumento de las expresiones negativas sobre la inclusión de la familia en los cuidados y Ayllón et al. (17) apuntan que este sentimiento de autoprotección al considerar situaciones no controladas en un espacio de trabajo controlado, lo cual exige un esfuerzo extraordinario previamente citado que aumenta su volumen de tareas.

En el Servicio de Urgencias, Batista et al. (44) refieren que el 66,1% de los profesionales están en desacuerdo respecto a la presencia de la familia durante las situaciones de emergencia, un dato similar al de Youngson et al. (45) los cuales afirman que aproximadamente dos tercios (66%) de los profesionales de este servicio no están de acuerdo debido a que interrumpen o interfieren en el cuidado del paciente.

En el estudio de Batista et al. (44) se exponen 396 motivos a favor y 554 en contra de que exista una presencia familiar, al igual que los encuestados del estudio de Youngson et al. (45) donde el 44,9% cree que dicha presencia favorece las quejas de la familia sobre la atención brindada al paciente, aunque, en este mismo estudio, aproximadamente el 65% de los encuestados consideran que el estrés del paciente no aumenta con su familiar cerca (45).

Aunque existen opiniones diferentes en función de la profesión, tanto enfermeras como médicos, cuanta más experiencia clínica tienen, más actitudes positivas presentan, ya que las enfermeras dejan de considerar a la familia como un obstáculo en el cuidado y los médicos dejan de opinar que aumentan el estrés y la ansiedad del paciente (45). Si bien es cierto, que encuentran que las enfermeras mujeres están más a favor de la presencia familiar en situaciones críticas que los médicos hombres, aunque afirman que no hay estudios publicados respecto a que el género influya sobre la actitud a favor de la presencia familiar (45).

Pero no son solo opiniones en contra, también hay otros autores que encuentran ventajas como la aportación de información clínica relevante y, a su vez, brindan apoyo al paciente, ya que el cuidado ofrecido por la familia es diferente al cuidado profesional (44).

En cuanto a las situaciones descritas previamente con más incidencia entre los estudios analizados, se puede analizar también la opinión de los profesionales sobre la involucración de la familia del paciente en la prevención del delirio que los pacientes sufren, como está citado anteriormente, en un 80% de los casos (38).

En la Unidad de Cuidados Intensivos, la enfermera es el profesional que más tiempo pasa con el paciente, por lo que su opinión debe tener gran peso a la hora de formular intervenciones de cuidado. Dichas profesionales consideran positivo el impacto de la participación familiar activa en la prevención del delirio, pero no son las únicas, ya que Smithburger et al. (38) exponen que los médicos también creen que la familia puede desempeñar activamente estas intervenciones.

En ocasiones las enfermeras pueden mostrar actitudes reticentes a la hora de dotar a la familia de la responsabilidad de esta prevención, ya que consideran que la familia no entiende el delirio ni la prevención de este y pueden herir al paciente. Debido a esta falta de conocimiento, las enfermeras identifican una barrera en la comunicación con las familias, las cuales sufren estrés y ansiedad, lo cual consideran que les afecta a la hora de llevar a cabo las actividades de prevención del delirio (38).

Smithburger et al. (38) son las únicas autoras que presentan la propuesta de la participación familiar en la prevención del delirio en la UCI, acuñando la educación *one-to-one* para capacitar a la familia para desarrollar las intervenciones. Estas resaltan que son más médicos que enfermeras los que ofrecen a la familia participar en esta prevención, alegando el colectivo enfermero que tienen una alta carga de trabajo como para poder focalizar en el delirio, pero que están a favor de instruir a las familias y que sean estas las que lo lleven a cabo (38).

La opinión de los profesionales también está presente cuando se trata de PFDR, donde se considera que el apoyo a la familia es necesario y, en ocasiones, este apoyo puede ser simplemente dejarles estar presentes durante las maniobras de resucitación (40). En el estudio de McLaughlin et. al (40), se pone en evidencia que el 73% de los profesionales encuestados cree que las familias deberían estar presentes si lo piden, aunque no estén muy seguros de cómo ofrecerles el apoyo que necesitan, quieren conocer sus necesidades para poder brindarles un cuidado holístico. En esta línea, Asencio-Gutiérrez et al. (46) ponen de manifiesto que, según su estudio, el 45,4% de los profesionales consideran que la familia no quiere tener la opción de decidir si quieren estar presentes o no y el 64,13% opinan que no es positivo que la familia esté presente. Igualmente, Batista et al. (44), resaltan que la PFDR afecta negativamente a la actuación del equipo, ya que aumenta su estrés, por ello apuntan que el 76% de los encuestados está en desacuerdo con la PFDR. Según McLaughlin et al. (40) el 56% considera que, aunque es difícil mediar con las familias en un evento estresante como lo es la reanimación, apuntan que permitir a la familia estar presente les permite aceptar que se ha hecho todo lo posible, a pesar de que en ocasiones esto implique alargar la reanimación de forma que sea fútil solo para que comprueben que no se podía hacer más (41).

Siguiendo este argumento, tanto Hassankhani et al. (41), como Helmer et al, Ong et al., Yanturali et al., citados en el estudio de McLaughlin et al. (40) y Dwyer et al. (42) exponen que el equipo tiende a intentar la reanimación, aunque el paciente acuda en

asistolia, con el fin de evitar repercusiones legales llevadas a cabo por la familia, como pueden ser las demandas (40-42). Existen más repercusiones negativas identificadas por los profesionales, como puede ser el pensamiento de que la presencia de la familia podría provocar agresiones físicas al equipo de salud, podría causar errores por aumento de la distracción y la ansiedad, frustración y estrés por la agitación de la familia (42,46).

Pero no son solo desventajas, algunos autores como Asencio-Gutiérrez et al. (46) apuntan que la PFDR produce una mejora en la comunicación con el equipo de salud, ya que, como exponen Batista et al. (44), los profesionales desatienden la necesidad de información durante la reanimación por centrar sus esfuerzos en mejorar la situación clínica del paciente; además de hacerles ver que se hizo todo lo posible, como apuntan McLaughlin et al (40). A pesar de identificarse beneficios sobre la PFDR, no todos los profesionales están de acuerdo en desarrollarla, ya que el 27,6% de los encuestados, según Asencio-Gutiérrez et al. (46), no se siente preparado para ofrecer este apoyo, y el 24,4% duda de la preparación académica que se les da sobre este tipo de rol. En ocasiones son los más experimentados los que más rechazo presentan a esta intervención (46), en otros estudios como el citado en el de McLaughlin et al. (40), de Mitchell y Lynch, las enfermeras se sienten más seguras de invitar a la familia a estar presente en la reanimación cuanta más experiencia tienen, lo cual exponen que puede ser debido a que presenten mayor nivel competencial y confianza, coincidiendo con Asencio-Gutiérrez et al. (46) cuando afirma que son los más jóvenes los que se sienten peor preparados para manejar este tipo de situaciones.

La mayoría de autores coinciden en sus estudios en que los profesionales están a favor de un enlace entre la familia y el equipo de salud, ya que podría facilitarles apoyo psicológico y aportarles información. Si no existe este rol, el equipo tiene que demostrar que lo está haciendo lo mejor posible mediante los procedimientos llevados a cabo, teniendo en cuenta que la familia se encuentra en un estado de ansiedad al no conocer las intervenciones ni el entorno, lo que puede conducir al mantenimiento innecesario de acciones fútiles (40-42,44).

3.3 Actividades enfermeras encaminadas a cubrir las necesidades de la familia

A pesar de la escasez de literatura referida a las actividades enfermeras referentes a cubrir las necesidades de la familia del paciente crítico, algunos autores han presentado, en

líneas generales, las actividades que dichos profesionales ponen en marcha para mantener en bienestar de la familia.

Debido a la inexcusable necesidad de información presentada por la familia del paciente crítico, se hace necesario incidir sobre actividades enfermeras que la cubran, como bien puede ser proporcionarles información honesta y de forma cercana, responder sus dudas y proporcionarles información sobre los servicios de apoyo (religiosos, etc) (29,30,32-34). En situaciones concretas como una reanimación, la necesidad de información se presenta de forma más acusada, por lo que el cuidado de la familia en estas situaciones se basa en acompañar y resolver las consultas que la familia exprese (46).

Para cubrir tanto la necesidad de información como la de proximidad, apoyo y seguridad, encontramos en la literatura actividades enfermeras como ampliar los horarios de visita de forma individualizada en aquellos pacientes que se considere que lo necesitan, aunque no se abran las puertas de la UCI 24 horas para ningún familiar, esto lleva a una política menos restrictiva que concede a la familia la posibilidad de participar en el cuidado de su familiar (17,29,43). La necesidad de apoyo se satisface mediante actividades que implican la comunicación dentro de la relación terapéutica entre la enfermera y la familia, ya que es el profesional que más tiempo pasa con el paciente, animando y mostrando preocupación por el estado emocional del familiar (31).

Incluir a la familia en el cuidado del paciente crítico con actividades sencillas como limpiar los ojos con gasas, hidratar los labios, hidratar la piel dando un masaje, ayudar en la movilización del paciente y en los cambios posturales, o más complejas como participar activamente en la alimentación, el baño o la aspiración de secreciones reduce el estrés de la familia, ya que se sienten parte del plan de cuidados, para que no sientan impotencia por no poder hacer nada por su ser querido. A su vez, es necesario un proceso de capacitación para que, en su adaptación a esta nueva situación, adopten un rol de cuidador, de intermediario entre el paciente y la enfermera, el cual no puede comunicarse; un rol que le permita poner voz a lo que el paciente necesita (24).

Haciendo una diferenciación según las necesidades a cubrir, Plakas et al. (47) presentan actividades concretas para conseguir un cuidado familiar basado en las lo que la familia expresa. Respecto a la necesidad de proximidad, permitirles estar dentro de la UCI, cerca del paciente, solamente acompañándole, les hacía sentir tranquilidad. En cuanto a la seguridad, Plakas et al. la relacionan con la proximidad y la comunicación, ya que estar

presentes alivia su estrés al saber qué cuidados se le realizan al paciente y confían en la labor de los profesionales, al mismo tiempo que están informados de forma continuada. Esta necesidad de información se basa en la relación del personal con la familia que, de ser cordial, era considerada beneficiosa por la familia, ya que comprendían las órdenes y respetaban las normas, consiguiendo con ello la confianza necesaria para obtener información cuando lo necesitasen (47).

Todas estas actividades deben ser llevadas a cabo una vez se han conocido las necesidades de la familia del paciente crítico ya que, en ocasiones, la enfermera conoce las necesidades, pero no el orden de puntuación por parte de los familiares. Estas puntúan las necesidades con diferente orden de importancia que la familia, por ello es necesario conocer la opinión de la familia sobre la importancia que le dan a cada una de ellas para ofrecer un cuidado de calidad (28, 35).

En general, la percepción de los familiares sobre los cuidados ofrecidos por la enfermera es favorable en un 80%, como exponen Bautista et al. (31), considerando la UCI un entorno donde la humanización de los cuidados está muy presente, centrando el cuidado en la familia, aportándoles herramientas que les permitan sobrellevar la nueva situación crítica de salud de su ser querido.

4. Limitaciones del trabajo

En cuanto a las limitaciones del trabajo, podemos afirmar que la selección de idiomas para la lectura de los artículos ha podido conllevar a la exclusión de información que habría sido de utilidad para el estudio. Otra de las limitaciones que presenta la revisión es la imposibilidad de acceso a algunos artículos, los cuales podrían aportar información relevante, pero no nos permiten la lectura a texto completo.

Respecto a la formulación de las estrategias de búsqueda, podrían haber sido excluidos algunos artículos interesantes para la revisión, debido a los términos utilizados, a la cantidad de estrategias formuladas o a la calidad de estas.

5. Conclusiones

Cuidar de un paciente crítico implica numerosas competencias enfermeras que se desarrollan a lo largo de la vida formativa y profesional; en algunas se profundiza de forma más reiterativa, pero todas ellas son importantes. El cuidado del paciente crítico no solo envuelve competencias relacionadas con el estado biológico del mismo, que es muy importante, sino también con el estado psicosocial, el cual implica de forma directa a la familia.

La familia es parte necesaria del entorno del paciente, la cual no puede quedar excluida del plan de cuidados y de las intervenciones que se lleven a cabo con el paciente; por ello, es necesario explorar sus necesidades con las herramientas que tenemos a nuestra disposición como el CCFNI o el NMI. Los profesionales deben conocerlas y manejarlas para poder dar respuesta a las que la familia identifique como principales.

A pesar de las escasas referencias encontradas en pro de las intervenciones enfermeras sobre la familia del paciente crítico, se puede comenzar a trabajar con las ya existentes y abrir nuevas líneas de investigación en el campo de los cuidados enfermeros dirigidos a la familia de un paciente en situación crítica en las Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias.

Para que los planes de cuidados sean efectivos, las enfermeras además de conocer las necesidades de las familias, deben saber el orden de preferencia que éstas les otorgan ya que comenzando a cubrir las de mayor puntuación, en muchas ocasiones, las siguientes han sido cubiertas con las mismas actividades.

Se considera imprescindible la educación de los profesionales en materia de comunicación, ya que es la necesidad más importante expresada por las familias para solventar situaciones de alta incidencia como son el delirio en las unidades de cuidados intensivos y la presencia familiar durante la resucitación. A pesar de la opinión desfavorable de algunos profesionales respecto a permitir que la familia brinde parte de los cuidados al paciente, es necesario incluirlos en el plan de cuidados para evitar el sentimiento de abandono. En el delirio se les puede instruir en materia de prevención y en la PFDR es importante instruir a los profesionales para que ejerzan un rol de enlace, lo cual permita obtener información clínica relevante del paciente a la vez que se tranquiliza a la familia aportando información *in situ* del proceso.

Se hace necesario hacer comprender a los profesionales que la familia no es un enemigo en el cuidado del paciente crítico, es un aliado; para considerarlo como tal hemos de establecer una relación empática de confianza que se base en la ayuda mutua para poder cuidar de ellos a la vez que ellos obtienen su bienestar cuidando del paciente. Asimismo, los profesionales han de poner en marcha acciones de humanización de los cuidados que permitan a la familia cubrir las necesidades percibidas estando cerca de su ser querido.

1. Bibliografía

- (1) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23. ed., ed. del tricentenario. Madrid: Real Acad. Española; 2014.
- (2) Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* [revista en Internet] 2006 [acceso 19 de febrero de 2018];18(3):156-164. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/urgencia-gravedad-y-complejidad-un-constructo-teorico-de-la-urgencia-basado-en-el-triaje-estructurado/>.
- (3) Rovira Gil E. Urgencias en Enfermería. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.
- (4) Weigel DJ. The Concept of Family. *Journal of Family Issues* [revista en Internet] 2008 Nov [acceso 19 de febrero 2018];29(11):1426-1447. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0192513X08318488>.
- (5) Choi J, Tate JA, Hoffman LA, Schulz R, Ren D, Donahoe MP, et al. Fatigue in family caregivers of adult intensive care unit survivors. *Journal of Pain and Symptom Management* 2014 Sep [acceso 5 de marzo de 2018];48(3):353-363. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24439845>
- (6) Fernández Pérez C, González Armengol JJ, Sánchez Martos J, Gamella Pizarro C. Impacto de una unidad de atención e información a la familia y los acompañantes del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios en la mejora del grado de satisfacción. *Emergencias* [revista en Internet] 2014 [acceso 20 de febrero de 2018];26(26):114-120. Disponible en: <https://medes.com/publication/91124>
- (7) Mompart García MP, Durán Escribano M. Administración y Gestión. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018.
- (8) Fernández Fernández ML, Santo Tomás Pérez M. Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la Enfermería. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2016.

- (9) Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. 2010. Madrid: Comunidad de Madrid, Gobierno de España. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- (10) Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería Universitaria* [revista en Internet] 2014 [acceso 16 de febrero de 2018];11(4):154-163. Disponible en: <http://www.index-f.com/reu/11pdf/154163.pdf>.
- (11) Álvarez Rello A, Álvarez Martínez JA, Álvarez Rueda JM, Barreiro Díaz MV, Barroeta Urquiza J, Bernal Romero JM et al. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España [monografía en Internet]. Madrid: MENSOR; 2011 [acceso 19 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.epes.es/wp-content/uploads/Los_SEM_en_Espana.pdf.
- (12) Zaforteza C, Sánchez C, Lastra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enferm Intensiva* [revista en Internet] 2018 [acceso 19 de febrero de 2018];29(1):61-70. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-literatura-sobre-los-familiares-S1130239908727469>
- (13) Escudero D, Calleja C, Viña L. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva* [revista en Internet] 2014 [acceso 21 de febrero de 2018];38(38):371-375. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
- (14) Consejería de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2016. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- (15) Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care* [revista en Internet] 2014 [acceso 5 de marzo de 2018];23(4):316-324. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24986172>

- (16) Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. JAMA [revista en Internet] 2004 [acceso 24 de febrero de 2018];292(6):736-737. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15304472>
- (17) Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Open door intensive care unit: perspective of the professionals. Enferm Intensiva [revista en Internet] 2014 [acceso 5 de marzo de 2018];25(2):72-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24598269>
- (18) García Navarro S, Fernández Vázquez M, Cumbre Díaz EM, Morano Torrescusa MJ, Alfonso Pérez D, Contreras Pereira I. Cuidando a la familia en UCI. Biblioteca Lascasas [revista en Internet], 2007 [acceso 27 de febrero de 2018];3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0248.pdf>
- (19) Escudero D, Martín L, Viña L, Forcelledo L, García-Arias B, López-Amor L. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. Med Intensiva [revista en Internet] 2015 [acceso 21 de febrero de 2018];39(8):522-523. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/abrir-las-puertas-uci-una/articulo/S0210569115001485/>
- (20) Twibell R, Siela D, Riwtis C, Neal A, Waters N. A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. J Clin Nurs [revista en Internet] 2018 [acceso 27 de abril de 2018];27(1-2):e320-e334. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28677220>
- (21) Porter JE, Giannis A, Coombs N, Miller N. Family Presence During Resuscitation (FPDR): Observational case studies of emergency personnel in Victoria, Australia. Int Emerg Nurs [revista en Internet] 2017 [acceso 29 de marzo de 2018];33:37-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28438479>.
- (22) Petrocelli M, Bradley C, Parkosewich J, Keithline M, Scanlon M. Perceptions of Adult Hospitalized Patients on Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation. Am J Crit Care [revista en Internet] 2017 [acceso 29 de marzo de 2018];26(2):103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28249861>

- (23) Ballester Arnal R, Gil Juliá B, Gómez Martínez S. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *Anales Sis San Navarra [revista en Internet]* 2011 [acceso 27 de abril de 2018];34(34):349-361. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300002
- (24) Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. Need for the role of the patient's family members at the intensive care unit. *Enferm Intensiva [revista en Internet]* 2015 [acceso 4 de marzo de 2018];26(3):101. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5181768>
- (25) Martín MC, León C, Cuñat J, del Nogal F. Recursos estructurales de los Servicios de Medicina Intensiva en España. *Med Intensiva [revista en Internet]* 2013 [acceso 24 de abril de 2018];37(7):443-451. Disponible en: <https://medes.com/publication/84340>
- (26) Álvarez F, Ferrero M, Gálvez M, Martín MC, Gómez V, Gómez JM et al. HUCI. Humanizando los Cuidados Intensivos [sede Web]. España: HUCI; 2015 [acceso 25 de abril 2018] Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/uci-de-puertas-abiertas-hay-algo-mas/>
- (27) Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Mirmohammadkhani M, Vaismoradi M, Snelgrove S. Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective. *Journal of Research in Nursing [revista en Internet]* 2015 [acceso 15 de abril de 2018];20(5):401-422. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1744987115591868>
- (28) Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *J Clin Nurs [revista en Internet]* 2013 [acceso 29 de marzo de 2018];22(13-14):1805-1817. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534510>
- (29) Luisa Fernanda Achury Beltrán. Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [revista en Internet]* 2014 [acceso 24 de marzo de 2018];16(1):61-71. Disponible en: www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1452/145231426005/6

(30) Padilla Fortunatti CF. Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory. Invest Educ Enferm [revista en Internet] 2014 [acceso 24 de marzo de 2018];32(2):306-316. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230040>

(31) Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid [revista en Internet] 2016 [acceso 24 de marzo de 2018];7(2):1297. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a07.pdf>

(32) Jennifer de Beer, Petra Brysiewicz. The needs of family members of intensive care unit patients: A grounded theory study. South Afr. j. crit. care [revista en Internet] 2017 [acceso 24 de marzo de 2018];32(2):44-49. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1562-82642016000200002

(33) Mendonça Rezende LC, Freitas Macedo Costa, K N, Ferreira Costa T. Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. Cultura de los Cuidados [revista en Internet] 2014 [acceso 24 de marzo de 2018];18(39):84-92. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40070/1/Cultura_Cuidados_39_10.pdf

(34) Blom H, Gustavsson C, Sundler AJ. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients: a phenomenological study. Intensive Crit Care Nurs [revista en Internet] 2013 [acceso 29 de marzo de 2018];29(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748280>

(35) Han C, Redley B, Hsiao Y, Hsiao P, Lin H, Lin C. Family needs of critically ill patients in the emergency department. Int Emerg Nurs [revista en Internet] 2017 [acceso 26 de marzo de 2018];30:3-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27261246>

(36) Botes ML, Langley G. The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital in Gauteng. Curationis [revista en Internet] 2016 [acceso 24 de marzo de 2018];39(1):1-7. Disponible en:

http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792016000100011

(37) Smithburger PL, Korenoski AS, Kane-Gill SL, Alexander SA. Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. Crit Care Nurse [revista en Internet] 2017 [acceso 15 de abril de 2018];37(6):48-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29196587>

(38) Volland J, Fisher A, Drexler D. Delirium and Dementia in the Intensive Care Unit: Increasing Awareness for Decreasing Risk, Improving Outcomes, and Family Engagement. Dimens Crit Care Nurs [revista en Internet] 2015 [acceso 14 de abril de 2018];34(5):259-264. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26244239>

(39) Smithburger PL, Korenoski AS, Kane-Gill SL, Alexander SA. Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. Crit Care Nurse [revista en Internet] 2017 [acceso 29 de marzo de 2018];37(6):e1-e9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29196594>

(40) McLaughlin K, Melby V, Coates V. Family-centred care: review of opinions among staff. Emerg Nurse [revista en Internet] 2013 [acceso 14 de abril de 2018];20(9):20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23888563>

(41) Porter JE, Hassankhani H, Haririan H, Zamanzade V, Rahmani A. Family support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study. Int J Nurs Stud. [revista en Internet] 2017 [acceso 27 de marzo de 2018];74:95-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28666156>

(42) Dwyer T, Friel D. Inviting family to be present during cardiopulmonary resuscitation: Impact of education. Nurse Educ Pract. [revista en Internet] 2016 [acceso 27 de marzo de 2018];16(1):274-279. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26613835>

(43) Montenegro PA, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez MA, Quiroga-Toledo N. Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. Aquichan

[revista en Internet] 2016 [acceso 24 de marzo de 2018];16(3):340-358. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a06.pdf>

(44) Batista MJ, Vasconcelos P, Miranda R, Amaral T, Geraldés J, Fernandes AP. Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. *Referência* [revista en Internet] 2017 [acceso 24 de marzo de 2018];4(13):83. Disponible en: <http://www.index-f.com/referencia/2017/r41383.php>

(45) Youngson MJ, Currey J, Considine J. Family presence during management of acute deterioration: Clinician attitudes, beliefs and perceptions of current practices. *Australas Emerg Nurs J* [revista en Internet] 2016 [acceso 27 de marzo de 2018];19(3):159-165. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27237932>

(46) Asencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. *Enferm Intensiva* [revista en Internet] 2017 [acceso 24 de marzo de 2018];28(4):144-159. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6241998>

(47) Plakas S, Taket A, Cant B, Fouka G, Vardaki Z. The meaning and attendance for the relatives of intensive care unit patients. *Nurs Crit Care* [revista en Internet] 2014 [acceso 29 de marzo de 2018];19(5):243-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24131580>

2. Anexos

| Título | Autores | Año y lugar de publicación | Diseño | Objetivo principal | Hallazgos principales |
|--|--|----------------------------|---|--|--|
| Family needs of critically ill patients in the emergency department. | Hsiao PR, Redley B, Hsiao YC, Lin CC, Han CY, Lin HR | 2016 Taiwan | Estudio cuantitativo descriptivo transversal | Describir las necesidades de los familiares taiwaneses acompañantes de los pacientes críticos en el Servicio de Urgencias y compararlas con las percepciones de las enfermeras | La familia identifica la comunicación como necesidad más importante, seguida de participación familiar en el cuidado, apoyo a la familia y confort, similar a las percepciones enfermeras. La familia expresó mayores valores en la comunicación que las enfermeras. |
| Family-centred care during resuscitation events | McLaughlin K, Melby V, Coates V | 2013 Irlanda | Revisión narrativa | Delinear la visión de las enfermeras de urgencias sobre la presencia familiar durante los intentos de resucitación de sus seres queridos. | Aunque la familia esté a favor de estar presente durante la reanimación, la práctica suscita controversia entre los profesionales de la salud. La alta carga de trabajo, la falta de tiempo, la falta de educación y la falta de estrategias afrontamiento afectan a la implementación de esta práctica. |
| Family presence during emergency situations: the opinión os nurses in the adult emergency department. | Batista MJ; Vasconcelos P; Miranda R; Amaral T; Geraldés J; Fernandes AP | 2017 Portugal | Estudio cuantitativo descriptivo transversal | Identificar las opiniones de las enfermeras sobre la presencia familiar en las situaciones de emergencia en los servicios de urgencias de adultos. | La opinión de las enfermeras es desfavorable sobre la presencia familiar en las situaciones de emergencia. Muestran desventajas debido a la ansiedad familiar y al aumento de estrés de los profesionales y, como única ventaja, la provisión de información clínica relevante al equipo. |
| Family support liaison in the witnessed resuscitation: A phenomenology study | Hassankhani H, Zamanzade V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE | 2017 Iran | Estudio cualitativo hermenéutico fenomenológico | Explorar las experiencias de resucitación del equipo de salud con la presencia de la familia durante la misma. | Los profesionales presentan tanto experiencias positivas como negativas sobre la presencia de la familia en la resucitación. Los más experimentados son menos propensos a presentar estrés. Un enlace del equipo con la familia podría actuar |

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--|---|
| | | | | | disminuyendo los niveles de ansiedad de la familia y las posibles agresiones. Se recomienda que esta persona tenga experiencia profesional para explicar a la familia el proceso. |
| Delirium and Dementia in the Intensive Care Unit | Volland J, Fisher A | 2015 Estados Unidos de América | Revisión narrativa | Describir intervenciones enfermeras efectivas para el delirio y la demencia en la UCI. | Los programas del hospital dirigidos a los profesionales focalizados en la interacción cuidador – paciente tienen como beneficio reducir la duración del delirio, reduciendo el tiempo de ingreso. Para solventar la demencia, se proponen intervenciones de bajo coste para empoderar al cuidador y evitar el estrés y la agitación. |
| Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective | Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Mirmohammadkhani M, Vaismoradi M, Snalgrove S | 2015 Iran | Estudio cuantitativo descriptivo transversal | Describir las necesidades de los miembros de la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos. | Las necesidades más importantes identificadas fueron las relacionadas con la seguridad, las menos importantes, con el apoyo. Se sugiere la incorporación de las necesidades a la formación de Enfermería para poder satisfacerlas y reducir la carga psicológica de los familiares. |
| Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review | Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R | 2013 Reino Unido | Revisión narrativa | Comprender las necesidades de la familia del paciente crítico, buscando conocerlas y explorar los procesos y patrones que envuelven a los familiares durante el cuidado, la resucitación y otros procesos invasivos. | Conocer las necesidades puede hacerse mediante el apoyo a la familia y la participación en el cuidado de su familiar. Debería existir mayor vehemencia a la hora de identificar dichas necesidades en relación con la influencia de valores culturales, religión de la familia y el clima organizacional y cultura de la UCI. |
| Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in | Smithburger PL, Korenoski AS, Kane-Gill SL, Alexander SA | 2017 Estados Unidos de América | Estudio cuantitativo descriptivo transversal | Determinar las opiniones y disposiciones de los profesionales de la salud que implican a la familia del paciente con actividades no farmacológicas de | Tanto los profesionales de la salud como los familiares apoyan las actividades de prevención del delirio. La familia del paciente de las unidades de cuidados intensivos deberá trabajar colaborativamente con las enfermeras para |

| | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|--|---|
| Delirium Prevention | | | | prevención del delirio en la UCI. | reducir la incidencia y duración del delirio en estos pacientes. |
| Perceptions of Families in Intensive Care Units Regarding Involvement in A Qualitative Study | Smithburger PL, Korenoski AS, Kane-Gill SL, Alexander SA | 2017 Estados Unidos de América | Estudio cualitativo | Obtener conocimiento sobre las opiniones de la familia de los pacientes considerando la participación activa en las actividades de prevención del delirio para informar recomendaciones específicas que impliquen a la familia del paciente en dichas actividades. | Los familiares quieren participar en el cuidado y la prevención del delirio; a pesar de ello, muchas veces no saben qué hacer sin tener directrices por parte de los profesionales de la salud. Los miembros de la familia se beneficiarían del diálogo abierto con la enfermera para incrementar el confort familiar y su implicación en el cuidado. |
| La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante maniobras de resucitación cardiopulmonar | Asencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I | 2017 España | Estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal | Conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre la PF durante las maniobras de RCP. | La mayoría de los profesionales se muestran desfavorables a permitir la PF debido a una actitud paternalista y al miedo a las reacciones que estos pudieran presentar hacia el equipo. La mayoría de los profesionales no se sienten del todo preparados para desempeñar el papel de acompañante. |
| Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales | Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J | 2013 España | Estudio cuantitativo analítico | Conocer la perspectiva de los profesionales respecto a los efectos de la visita abierta en el paciente, en la familia y en la actividad profesional. Recoger propuestas para modificar la actual política de visitas. | Los profesionales siguen considerando la política de visitas restrictivas como la opción más idónea. No obstante, aceptan ampliar los horarios en ciertos casos, si se considera beneficioso para el paciente. |
| Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto | Montenegro PA, Farias-Reyes D, Galiano-Gálvez MA, Quiroga-Toledo N | 2016 Colombia | Revisión narrativa | Buscar evidencia que responda a la pregunta ¿cuál es el impacto en el paciente, familia y personal de salud de | Las visitas no restrictivas en UCI no generan daño al paciente, por el contrario, contribuyen a la recuperación de su salud física y emocional. |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------|--|--|---|
| | | | | visitas no restrictivas versus restrictiva? | |
| Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo | Achury Beltrán LF | 2014 Colombia | Revisión narrativa | Potenciar una participación activa de Enfermería en la toma de decisiones sobre las visitas en la UCI. | Las visitas en la UCI traen consigo beneficios tanto para el paciente como para la familia y los profesionales ya que disminuye la ansiedad, aumenta la satisfacción y la percepción de la calidad del cuidado; por ello, las enfermeras tienen un rol importante en la flexibilización de los horarios. |
| Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory | Padilla Fortunatti CF | 2014 Chile | Revisión narrativa | Identificar las necesidades más importantes de la familia del paciente crítico adulto tal y como son descritas en la literatura conforme al CCFNI. | La frecuente interacción con la familia y su visión holística de la persona detrás de la enfermedad determina que las enfermeras son las profesionales más apropiadas para saber y satisfacer las necesidades familiares de los pacientes críticos. Las más importantes son las relacionadas con la esperanza y la comunicación sincera; las menos importantes se relacionaban con el confort y el apoyo. |
| The needs of families accompanying injured patients into the emergency department in a tertiary hospital y Gauteng | Botes ML, Langley G | 2015 Sudáfrica | Estudio cuantitativo descriptivo | Determinar las necesidades de la familia que acompaña a los pacientes heridos al servicio de urgencias. | Las necesidades más importantes fueron las relacionadas con “darle sentido” y “comunicación”. Las últimas fueron las menos satisfechas. Esto tiene un impacto negativo en la satisfacción de la familia con el cuidado y es necesario explorar el rol de la enfermera en el cuidado familiar. |
| Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la | Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO | 2016 Colombia | Estudio cuantitativo descriptivo transversal | Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de | La percepción de los familiares es positiva, ven a la enfermera como un profesional que brinda un cuidado humanizado caracterizado por la empatía, la comunicación efectiva y el afecto. Humanizar la unidad de cuidado intensivo permite reconocer a la familia |

| | | | | | |
|--|---|-------------------|----------------------------------|---|---|
| comunicación y apoyo emocional | | | | enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo. | como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a los servicios de hospitalización crítica. |
| Inviting family to be present during cardiopulmonary resuscitation: Impact of education | Dwyer T, Friel D | 2015 Australia | Estudio cuasi-experimental | Explorar la influencia de la educación sobre el cambio de actitudes de los profesionales sanitarios e intentar dar a la familia la opción de estar presente en la siguiente parada cardiorrespiratoria. | La mayoría de los participantes apoyó el desarrollo de una figura de apoyo a la familia. La educación tuvo poco impacto en el cambio de actitudes o intenciones de invitar a la familia a estar presente en la siguiente parada cardiorrespiratoria. |
| The meaning and importance of vigilant attendance for the relatives in intensive care unit patients | Plakas S, Taket A, Cant B, Fouka G, Vardaki Z | 2013 Grecia | Estudio cualitativo | Explorar el significado de la atención vigilada para los familiares de los pacientes críticos en Grecia. | Los familiares sentían satisfacción por estar cerca como la alternativa a estar fuera de la unidad e intentaron averiguar lo que sucedía por diferentes métodos. Viendo al paciente ellos podían hacer su propio diagnóstico y poder evitar confiar únicamente en la información que se les daba. |
| Family presence during management of acute deterioration: Clinician attitudes, beliefs and perceptions of current practices | Youngson MJ, Currey J, Considine J | 2016 Australia | Estudio cuantitativo descriptivo | Explorar las actitudes, creencias y percepciones de los profesionales de la salud sobre las prácticas comunes en relación a la presencia familiar durante episodios de empeoramiento brusco en el Servicio de Urgencias de adultos. | Los profesionales presentan predominantemente actitudes positivas sobre la presencia familiar durante los episodios de empeoramiento brusco y lo perciben como una práctica diaria. Género, profesión, país de nacimientos, nivel educativo y años de experiencia producían un impacto sobre las actitudes, creencias y percepciones de los profesionales |
| Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos | Aliberch AM, Miquel IM | 2015 España | Revisión narrativa | Conocer el estado actual y la evolución del rol de las familias en la unidad de cuidados intensivos, reflexionar sobre puntos de | Debido al ingreso de un familiar en la UCI, la familia pierde o modifica roles. La adquisición de un nuevo rol disminuye la ansiedad y aumenta la satisfacción, se aumenta su implicación en el proceso y se |

| | | | | | |
|--|--|-------------------|--|---|--|
| | | | | mejora y conocer el papel de Enfermería. | ayuda a los profesionales a conocer el entorno del paciente. |
| The needs of family members of intensive care unit patients: a grounded theory study | De Beer J, Brysiewicz P | 2016 Sudáfrica | Estudio cuantitativo: Teoría fundamentada | Explorar y describir las necesidades de las familias durante la enfermedad crítica y desarrollar métodos para brindar a la familia cuidados durante el proceso crítico de su ser querido. | Las necesidades expuestas fueron: seguridad, esforzarse por conseguir consuelo, generar recursos y cooperación cultural y religiosa. |
| Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva | Mendonça LC, de Freitas KN, Pereira K, Ferrerira T | 2014 Brasil | Estudio cualitativo descriptivo | Analizar la comunicación entre el equipo de enfermería y los familiares de los pacientes de UCI. | Los familiares no reciben instrucciones de enfermería sobre el entorno ni sobre la salud del paciente y además no ofrecen tiempo para la interacción durante las visitas. De este modo, surge la necesidad emergente de animar al entrenamiento de estos profesionales sobre el uso consciente de la comunicación. |
| Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients – A phenomenology study | Blom H, Gustavsson C, Johansson A | 2013 Suecia | Estudio cualitativo fenomenológico | Explorar la participación y el apoyo experimentado por los familiares de los pacientes en una UCI. | La participación y el apoyo de la familia de los profesionales es importante para el bienestar de los familiares y para su habilidad de contribuir al cuidado del paciente. La familia identificó las experiencias con cuatro elementos: participación en el cuidado y estar cerca del paciente, confianza en el cuidado, apoyo necesario para la participación y vulnerabilidad. Las enfermeras deben crear una atmósfera que invite a los familiares a participar en el cuidado en la UCI. |